



Fecha: \_\_\_\_\_

**Formulario de admisión del paciente**

Bienvenido a Momentum Therapy Center. La información que nos proporciona mediante este formulario nos ayuda a preparar la evaluación del lenguaje y/o de deglución de su hijo(a). Por favor imprima y complete el formulario lo mejor posible. Envíenos el formulario ya sea por Fax o correo antes del día de la evaluación.

Nombre del menor: \_\_\_\_\_ Genero: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nombre de la mamá: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre del papá: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Quién está llenando este cuestionario? \_\_\_\_\_ Relación con el/la menor:

\_\_\_\_\_

Diagnóstico médico o de desarrollo: \_\_\_\_\_

Diagnóstico escolar: \_\_\_\_\_

¿Quién lo refirió con nosotros? \_\_\_\_\_

Razón para la referencia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cuándo fue la primera vez que se dio cuenta de este síntoma(s)?

\_\_\_\_\_

**Información de la familia**

Ocupación del padre: \_\_\_\_\_

Ocupación de la madre: \_\_\_\_\_

Estado civil:  Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)

Hermanos:

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_



Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

¿Quién vive en la casa? \_\_\_\_\_

Idioma que se habla en la casa: \_\_\_\_\_

¿Hay algún miembro de la familia o familiar que hay tenido problemas de lenguaje o de deglución? En caso afirmativo ¿quién? \_\_\_\_\_

**Embarazo, historial de nacimiento y desarrollo temprano**

¿Es él/ella su hijo biológico? \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna complicación durante el embarazo? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, explique \_\_\_\_\_

Tipo de parto:  Vaginal  Cesárea

¿El niño(a) nació con menos de 37 semanas de gestación?  Sí  No

¿Alguna complicación durante el parto?  Sí  No

En caso afirmativo, cuéntenos: \_\_\_\_\_

Peso del menor al momento nacer \_\_\_\_\_

¿El bebé tuvo dificultad para respirar?  Sí  No

En caso afirmativo, cuéntenos: \_\_\_\_\_

¿El bebé estuvo con respirador artificial?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

**Alimentación:**

¿Fue un problema el alimentarlo?  Sí  No

En caso afirmativo, cuéntenos: \_\_\_\_\_

¿Le dieron pecho? \_\_\_\_\_ Edad a la que dejaron de darle pecho \_\_\_\_\_

¿Le dieron biberón? \_\_\_\_\_ Edad a la que dejaron de darle biberón \_\_\_\_\_

Edad en la que tomó de un vaso \_\_\_\_\_

¿Comió usando los dedos? \_\_\_\_\_



¿Su bebé puede comer con la ayuda de una cuchara y tenedor? \_\_\_\_\_

¿Su niño tiene algún problema para comer? \_\_\_\_\_

¿Es melindroso(a) para comer?  Sí  No

En caso afirmativo, cuéntenos: \_\_\_\_\_

¿El bebé tuvo reflujo? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, describa el grado y el tratamiento administrado: \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) come comida triturada? (Yogurt, pudín) \_\_\_\_\_

¿Su niño(a) come comida en trocitos? (galletas, pretzels): \_\_\_\_\_

Su hijo(a):

- ¿Se ahoga con la comida o líquidos?  Sí  No
- Se pone juguetes/objetos en su boca?  Sí  No
- ¿Se lava o deja lavar los dientes?  Sí  No
- ¿Le da náusea?  Sí  No
- ¿Se alimenta solo?  Sí  No

¿Alguna vez le han hecho a su hijo(a) un estudio de deglución?  Sí  No

En caso afirmativo, mencione la última fecha \_\_\_\_\_ ¿En dónde? \_\_\_\_\_

Resultados: \_\_\_\_\_

**Desarrollo motriz:**

¿Fue su hijo(a) muy activo(a) de bebé? \_\_\_\_\_

Cuándo fue la primera vez que su hijo(a):

Se dió la vuelta:	Dió su primer paso:
Se sentó:	Caminó:
Gateó:	Sonrió:
Se paró solo:	Se vistió solo:

Qué tan bien su hijo(a): Camina \_\_\_\_\_ Corre \_\_\_\_\_

Tira una pelota \_\_\_\_\_



¿Qué mano usa?  Izquierda  Derecha  Ambidiestro (las dos)

Si su hijo(a) tiene dificultad motriz con alguno de los puntos anteriores por favor especifíquelo:

---

---

¿Su hijo(a) está entrenado para ir al baño? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿a qué edad?

---

¿Su hijo(a) se hace pipi en la cama? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia?

---

**Desarrollo de comunicación oral:**

¿Era su hijo(a) un bebé muy calmado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) hizo o hace?

- Cuu  Sí  No
- Balbucea  Sí  No
- ¿Llora haciendo gestos?  Sí  No
- ¿Repite sonidos, palabras o frases una y otra vez?  Sí  No
- ¿Entiende las palabras?  Sí  No
- ¿Agarra o señala objetos si se le pide?  Sí  No
- ¿Sigue instrucciones sencillas?  Sí  No
- ¿Responde a preguntas de sí o no?  Sí  No
- ¿Responde apropiadamente a preguntas con quién, qué, en dónde, por qué, cómo?  Sí  No

¿Cómo se comunica su hijo(a)?

- ¿Apunta y gesticula?  Sí  No
- ¿Usa una sola palabra?  Sí  No
- ¿Gesticula más que habla?  Sí  No
- ¿Usa frases de 2-4 palabras?  Sí  No
- ¿Usa frases de 5 palabras o más?  Sí  No
- ¿Hace frases completas?  Sí  No
- Si su hijo habla y le entiende?  Sí  No
- ¿Los miembros de la familia le entienden?  Sí  No
- ¿Los desconocidos le entienden?  Sí  No
- ¿Si hijo(a) gaguea?  Sí  No
- Otros: especifique \_\_\_\_\_

**Leer y escribir:** (Complete si aplica)

¿Ha tenido su hijo(a) algún problema aprendiendo a leer o escribir?  Sí  No



En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo problemas aprendiendo a escribir?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Usted le lee/leyó a su hijo(a)?  Sí  No

¿Su hijo(a) disfruta que le lea o que le leyera?  Sí  No

¿Qué le gusta leer a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué no le gusta leer a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) se sabe el alfabeto?  Sí  No

¿A su hijo(a) le cuesta trabajo aprender/usar nuevas palabras?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene dificultad aprendiendo/recordando información nueva?

Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) puede escribir bien para la edad que tiene?  Sí  No

**MATEMÁTICAS (Complete si aplica)**

¿Ha tenido su hijo(a) dificultad aprendiendo matemáticas?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Le gusta las matemáticas a su hijo(a)?  Sí  No

En caso negativo, explique: \_\_\_\_\_

**Desarrollo cognitivo:**

¿Con qué juguetes jugaba su hijo(a) entre los 12 a 18 meses? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Con qué juguetes jugaba su hijo(a) entre los 24 a 36 meses \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo juega con juguetes en la actualidad?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Cómo aprende su hijo(a)? \_\_\_\_\_ rápido? \_\_\_\_\_ lento? \_\_\_\_\_ promedio?

Por favor describa: \_\_\_\_\_



¿A su hijo(a) le cuesta trabajo resolver problemas cotidianos?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿A su hijo(a) le cuesta trabajo seguir instrucciones de varias etapas?

Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

**Historial médico:**

Nombre del pediatra: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Diagnóstico(s): \_\_\_\_\_

Especialista (ej. neurólogo, nutriólogo, alergólogo): \_\_\_\_\_

¿Ha estado hospitalizado su hijo(a)?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Se ha desmayado alguna vez su hijo(a)?  Sí  No

¿Ha tenido alguna contusión alguna vez su hijo(a)?  Sí  No

¿Tiene su hijo(a) problemas auditivos?  Sí  No

¿Ha tenido su hijo(a) infecciones de oído?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas? \_\_\_\_\_

¿Le han puesto a su hijo(a) tubos en el oído medio?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Le han quitado los adenoides a su hijo(a)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) dificultad para dormir en la noche?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Le cuesta a su hijo trabajo despertarse en la mañana?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) se hace pipi en la cama?  Sí  No



¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es alérgico a algo?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Es hijo(a) asmático?  Sí  No

¿Tuvo su bebé algún tipo de problema médico en el primer año de vida?  
 Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

Por favor marque las enfermedades que ha tenido su hijo(a). También, qué edad tenía y si fue hospitalizado(a) por dicha enfermedad:

Enfermedad	Sí	No	Edad	Hospitalización
Sarampión				
Varicela				
Paperas				
Amigdalitis estreptocócica				
Escarlatina				
Amigdalitis				
Infección de oído				
Convulsiones				
Meningitis				

¿Alguna de estas enfermedades cambió notablemente el comportamiento habitual de su hijo(a)?

Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha tenido su hijo(a) alguna cirugía?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicamentos: Por favor haga una lista de los medicamentos que está usando o que uso y el motivo para tomarlo

Medicamentos en el pasado	Razón



Medicamentos actuales	Razón

**Dental:**

¿Tiene su hijo(a) algún problema dental?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho un examen dental a su hijo(a)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? Proporcione la fecha \_\_\_\_\_

¿En dónde? \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

**Visión:**

¿Tiene su hijo(a) algún problema de visión?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) usa gafas o lentes de contacto?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho un examen de la vista a su hijo(a)?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? Proporcione la fecha \_\_\_\_\_

¿En dónde? \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

**Audición:**

¿Tiene su hijo(a) algún problema auditivo?  Sí  No

En caso afirmativo, explique: \_\_\_\_\_

¿Le han hecho a su hijo(a) algún examen de audición?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo? Proporcione la fecha \_\_\_\_\_





¿En dónde? \_\_\_\_\_ Diagnóstico \_\_\_\_\_

¿Usa su hijo(a) algún aparato para la audición?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo lo usa? \_\_\_\_\_

**Evaluación del desarrollo:** ¿Le han hecho alguna de las siguientes evaluaciones a su hijo(a)?

¿Evaluación psicológica?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr.	Lugar donde se evaluó	Fecha
----------------	-----------------------	-------

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Terapia ocupacional?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr.	Lugar donde se evaluó	Fecha
----------------	-----------------------	-------

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Fisioterapia?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr.	Lugar donde se evaluó	Fecha
----------------	-----------------------	-------

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Terapia del lenguaje?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr.	Lugar donde se evaluó	Fecha
----------------	-----------------------	-------

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Alimentación/tragar?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr.	Lugar donde se evaluó	Fecha
----------------	-----------------------	-------

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_



¿Evaluación del desarrollo evolutivo?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr. Lugar donde se evaluó Fecha

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Evaluación neurológica?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr. Lugar donde se evaluó Fecha

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_

¿Otras evaluaciones?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_

Nombre del Dr. Lugar donde se evaluó Fecha

Describe el diagnóstico: \_\_\_\_\_

**Terapia:**

Por favor enumere la terapia(s) que su hijo(a) recibe actualmente. Incluya el número de horas por semana

-Tipo de terapia: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

-Tipo de terapia: \_\_\_\_\_ Terapeuta: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Horas por semana: \_\_\_\_\_

**Información adicional**

¿Su hijo(a) entiende español?  Sí  No

¿Su hijo(a) habla inglés?  Sí  No

¿Qué otro idioma(s) que no sea el inglés se habla en la casa? \_\_\_\_\_

¿Qué idioma prefieren hablar los papas? \_\_\_\_\_



¿Su hijo(a) asiste en la actualidad a otra actividad?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿en dónde? \_\_\_\_\_

¿Qué le gusta hacer a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Qué le asusta a su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Cuál es el horario de siestas y de ir a la cama? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) es consiente o lo frustra alguna dificultad comunicativa? \_\_\_\_\_

¿Usted cree que su hijo(a) tiene problemas sensoriales? Explique: \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) tiene alguna responsabilidad/tarea en la casa? Explique: \_\_\_\_\_

Enumere los lugares que su hijo(a) visita con frecuencia \_\_\_\_\_

Enumere las personas importantes en la vida de su hijo(a) y diga cómo los llama: \_\_\_\_\_

¿Qué considera usted que es el problema más difícil en la casa para su hijo(a)? \_\_\_\_\_

¿Creé usted que su hijo(a) se está desarrollando igual que sus compañeros (socialmente, habilidades de juego, habilidades de auto ayuda, etc.)? Explique: \_\_\_\_\_

**Habilidades de juego:** Marque todas las que aplican.

- Se lleva objetos a la boca
- Se pega con objetos en la cabeza
- Hace torres con bloques
- Trabaja con botones/manillas
- Se hace el/la dormido(a)



- Le da de comer a las muñecas, animales de peluche, etc.
- Mueve cochecitos/animales y hace el sonido adecuado para con ellos
- Combina actividades (ej. Le da de comer a la muñeca y la pone a dormir)
- Plays or escenarios/role plays, 3-4 steps (ex. Sets the table, pretends to cook foods, eats food)

**Historial social:**

Nombre del colegio al que su hijo(a) asiste actualmente \_\_\_\_\_

Nombre del/de la profesor(a): \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

¿Ha repetido su hijo(a) algún ano?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son sus puntos fuertes y/o la materia que más le gusta? \_\_\_\_\_

¿Qué hace que su hijo(a) tenga dificultades en el colegio? \_\_\_\_\_

**Características de comportamiento:** Por favor marque todas las que apliquen.

<input type="checkbox"/>	Cooperativo	<input type="checkbox"/>	Atento
<input type="checkbox"/>	Le gusta experimentar cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	Pasa noches lejos de la casa
<input type="checkbox"/>	Juega solo por _____ minutos a la vez	<input type="checkbox"/>	Destructivo
<input type="checkbox"/>	Dificultad para separarse	<input type="checkbox"/>	Agresivo
<input type="checkbox"/>	Melindroso para comer	<input type="checkbox"/>	Apartado
<input type="checkbox"/>	Se frustra con facilidad	<input type="checkbox"/>	Va a cursos de verano
<input type="checkbox"/>	Impulsivo	<input type="checkbox"/>	Participa en actividades/viajes de familia
<input type="checkbox"/>	Usa el idioma con facilidad	<input type="checkbox"/>	Le gustan los animales
<input type="checkbox"/>	Testarudo	<input type="checkbox"/>	Cortos periodos de atención/se distrae con facilidad
<input type="checkbox"/>	Poco contacto con los ojos	<input type="checkbox"/>	Asiste a eventos religiosos/espirituales
<input type="checkbox"/>	Comportamientos inapropiados, por favor explique:		
<input type="checkbox"/>	Comportamientos de auto abuso, por favor explique:		
<input type="checkbox"/>	Tiene comportamientos nerviosos (ej. Miedos no comunes, rabietas, temperamentos extremos). Por favor explique:		



Motivo principal por el que está buscando terapia \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Cuál es su meta o visión en relación con la educación y necesidades emocionales de su hijo(a)?:

---

---

---

---